



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit: Analyse von 1037 Einsätzen

Röhmer, Jan ; Steurer, Johann

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-73975>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Röhmer, Jan; Steurer, Johann (2012). Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit: Analyse von 1037 Einsätzen. Swiss Medical Forum, 12(36):685-690.

Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit: Analyse von 1037 Einsätzen

Jan Röhmer^a, Johann Steurer^b

^a Ärztliche Leitung, SOS-Ärzte, Institut für Notfallmedizin, Zürich

^b Horten Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer, Universität Zürich

Quintessenz

- Nur 6% aller in dieser Studie untersuchten Patienten sind nicht hafterstehungsfähig.
- Die Alkohol-Intoxikation ist der häufigste Grund für das Aufgebot eines Arztes zur Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit.
- Die Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit soll von einem allgemein- und notfallmedizinisch versierten Arzt durchgeführt werden und bedarf spezieller Kenntnisse der Alkohol-Intoxikation sowie der Opiat-Substitution.

Einleitung

Eine der Aufgaben der Ärzte im Notfalldienst ist die Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit von Menschen, die von der Polizei aufgegriffen wurden. Unter dem Begriff Hafterstehungsfähigkeit versteht man die Fähigkeit einer Person, einer Einrichtung des Strafvollzugs ohne Gefahr einer gesundheitlichen Schädigung zugeführt zu werden. Die Hafterstehungsfähigkeit ist eine Rechtsgüterabwägung zwischen medizinischen Faktoren und dem Strafanspruch des Staates. Die Hafterstehungsfähigkeit ist ein Rechtsbegriff, dessen richtige Anwendung Sache der Justizbehörden ist. Demgegenüber ist die Abklärung ihrer Voraussetzungen Aufgabe eines medizinischen Sachverständigen, der von der Vollzugsbehörde beigezogen werden muss.

Der Begriff Hafterstehungsfähigkeit ist im Schweizerischen Strafgesetzbuch (StGB) nicht zu finden, die jeweiligen Polizei- und Justizvollzugsgesetze der Kantone behandeln dieses Thema uneinheitlich. Von Hafterstehungsfähigkeit wird in der Regel vor allem bei einer Straf- oder Vollzugsmassnahme gesprochen, so wird vor Antritt einer Haftstrafe bei Bedarf ein medizinisches Gutachten zuhanden der Justizbehörden erstellt.

Für den polizeilichen Gewahrsam (bis 24 Stunden) reicht in der Regel ein Arztbericht oder -zeugnis. Die Vollzugsbehörde oder bei Untersuchungshäftlingen der Staatsanwalt kann jedoch in besonderen Fällen ein Gutachten anfordern. Ein Polizeibeamter kann einen Arzt in folgenden Situationen für die Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit für den polizeilichen Gewahrsam aufbieten: Wunsch des Inhaftierten, Hinweis auf Verletzung/Krankheit, Notwendigkeit von Medikamenten, psychische Auffälligkeit, Hinweis auf Alkohol- oder Drogen-Intoxikation.

Einsätze zur Beurteilung einer Hafterstehungsfähigkeit stellen den Arzt vor besondere Herausforderungen. Eine Erhebung der Anamnese gestaltet sich bei teilweise unkooperativen, renitenten oder unter Einfluss psychotroper Substanzen stehenden Patienten sehr schwierig. Eine körperliche Untersuchung wird nicht selten seitens der Inhaftierten abgelehnt. Bei erteilter Hafterstehungsfähigkeit trägt der unterzeichnende Arzt die Verantwortung für den Gesundheitszustand des Patienten. Eine medizinische Überwachung in einer Zelle ist nicht möglich, der Arzt muss also sicher sein, dass sich keine gravierende Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands des Patienten einstellt. Dies stellt besonders bei Intoxikationen, aber auch zum Beispiel bei angedrohter Selbstverletzung hohe Anforderungen an den beurteilenden Arzt.

Es gibt keine Daten aus der Schweiz über die Gründe für eine Untersuchung zur Hafterstehungsfähigkeit und über die Häufigkeit und die Gründe eventueller Nicht-Hafterstehungsfähigkeit. In dieser Studie wurden die Gründe für eine solche Untersuchung und die Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen bei einem grossen Teil der im Kanton Zürich veranlassten Untersuchungen in den Jahren 2007 bis 2009 erfasst und die Gründe für eine nicht erteilte Hafterstehungsfähigkeit angegeben und diskutiert.

Methoden

In dieser Studie wurden alle von den SOS-Ärzten im Zeitraum von Oktober 2007 bis September 2009 durchgeführten Beurteilungen zur Hafterstehungsfähigkeit untersucht. SOS-Ärzte werden regelmässig von der Polizei zur Beurteilung von in Gewahrsam genommenen Personen aufgeboten, im Jahr 2011 erfolgten über 1200 Einsätze.

Datenerfassung

Die Mitarbeiter der Telefonzentrale eröffnen zu jedem eingehenden Anruf einen neuen Fall mit eindeutig identifizierbarer Anrufnummer und nehmen die für die Abwicklung des Notfalleinsatzes notwendigen Daten auf. Diese Daten werden später mit den Angaben des Arztes ergänzt und in einer Datenbank gespeichert. Die Mitarbeiter der Telefonzentrale halten den Zeitpunkt des Anrufs, Angaben über den Einsatzort, den Auftraggeber, die Patientendaten und den Grund für das Aufgebot fest. Der jeweilige Einsatzarzt notiert auf seinem Einsatz-



Jan Röhmer

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

protokoll die Konsultationszeiten, vor Ort durchgeführte Massnahmen wie EKG, Infusionen, Wundversorgung oder Katheterisierung und bei einer Hospitalisation das entsprechende Spital sowie die Abteilung. Nach dem Einsatz erstellt der Einsatzarzt in der elektronischen Krankengeschichte einen Kurzbericht mit Auflistung von Diagnosen, Medikamenten, erhobenen Befunden, vor Ort durchgeführten Therapien sowie Prozedere. Jeder Einsatz wird vom Arzt mit einem Diagnose-Code versehen.

Resultate

Auftraggeber (Polizeiposten)

Der Kriminaldienstkreis 1 der Kantonspolizei Zürich mit Sitz am Hauptbahnhof verhaftet pro Jahr rund 1300 Personen. Pro Jahr werden zwischen 330 und 550 Patienten auf diesem Polizeiposten bezüglich der Hafterstellungsfähigkeit beurteilt, also zwischen 25 und 40% aller Verhafteten. Gemäss Kantonspolizei werden alle diese Patienten von SOS-Ärzten untersucht.


Geschlechts- und Altersverteilung der Inhaftierten

Die Altersverteilung zeigt eine deutliche Häufung der Einsätze zur Beurteilung der Hafterstellungsfähigkeit (HEF) bei Patienten zwischen 20 und 40 Jahren (Mittelwert 33,4 Jahre; 1- bis 74-jährig). Von 1037 inhaftierten Personen waren 884 Männer (85%) und 153 Frauen (15%). Bei Eltern, die mit ihren Kindern inhaftiert werden, muss jeweils auch eine Beurteilung des Kindes erfolgen, ungeachtet des aktuellen Gesundheitszustands.


Zeitpunkt der Aufgebote durch die Polizei

Die meisten Aufgebote zur Beurteilung der HEF erfolgten in den Abend-/Nachtstunden zwischen 18 und 2 Uhr. Die wenigsten Einsätze erfolgten zwischen 3 und 6 Uhr morgens und 12 bis 14 Uhr mittags. Die Zahl der Aufgebote an den verschiedenen Wochentagen variiert zwischen 127 und 179, wobei montags am wenigsten (12%) und sonntags am meisten (17%) Patienten beurteilt wurden.

Gründe für die Untersuchung


Die Mehrheit der Aufgebote zur Beurteilung einer HEF erfolgte aufgrund von Alkohol (449 Patienten, 43%). In 143 Fällen waren Drogen der Grund für das Aufgebot (14%). In 106 Fällen (10%) benötigten Inhaftierte Medikamente, und für 80 Patienten (8%) war eine Verordnung von Methadon notwendig. 58 Patienten bekundeten psychische Probleme (6%) (Tab. 1 .

Diagnosen

Die am häufigsten gestellte Diagnose war der Alkohol-Rausch (418, 40%). Bei 125 Patienten (12%) wurde eine Polytoxikomanie und bei 69 Patienten (7%) eine Methadon-Abhängigkeit diagnostiziert. 25 Patienten litten an einer Depression, je 20 Patienten an Diabetes oder Schizophrenie (je 2%) (Tab. 2 .

Atemluft-Test

Bei 359 Verhafteten erfasste die Polizei den Atemluft-Alkoholgehalt. Der grösste Anteil der untersuchten Per-

sonen hatte einen Alkohol-Gehalt zwischen 1,51 und 2,0 Promille (28%). 54 Personen (15%) verweigerten diese Untersuchung (Abb. 1 .

Medikamente

Von 1037 Verhafteten gaben 399 (38%) an, regelmässig Medikamente einzunehmen. Von den 399 Personen, die eins bis acht verschiedene Medikamente benötigten, wurden insgesamt 925 Medikamente angegeben (durch-

Tabelle 1

Angaben über die Gründe für die Untersuchung (n = 1037).

Alkohol	449 (43%)
Drogen	143 (14%)
Medikamente	106 (10%)
Methadon	80 (8%)
Psychisch angeschlagen, unspezifisch	58 (6%)
Schmerzen/Verletzung/Wunde	82
Asthma/Hyperventilation/Tuberkulose	27
Andere/unbekannt	21
Herzbeschwerden/Blutdruck	14
Diabetes	13
Platzangst	9
Verwirrung, schläfrig	8
HIV/AIDS/Leukämie	6
Schwangerschaft/Kind	6
Hepatitis/Verdauungsprobleme	6
Epilepsie, Lähmung	5
Wunsch des Inhaftierten	4

Tabelle 2

Angaben der Diagnosen (n = 1037).

Alkohol-Rausch	418 (40%)
Polytoxikomanie	125 (12%)
Methadon-Abhängigkeit	69 (7%)
Depression	25 (2%)
Psyche	98
Drogen-Abhängigkeit, andere	50
Trauma/St. n. Operation	40
Schmerzen	29
Lunge/Atemwege	27
Herz/Kreislauf	21
Diabetes	20
Leber/Gallenwege/Verdauungstrakt	20
Alkohol-Abhängigkeit	18
HIV/AIDS	15
Haut	14
Gesund	13
Hirn/Nervensystem	13
Unbekannt/andere	12
Urogenitalsystem	6
Schwangerschaft/Menstruation	4

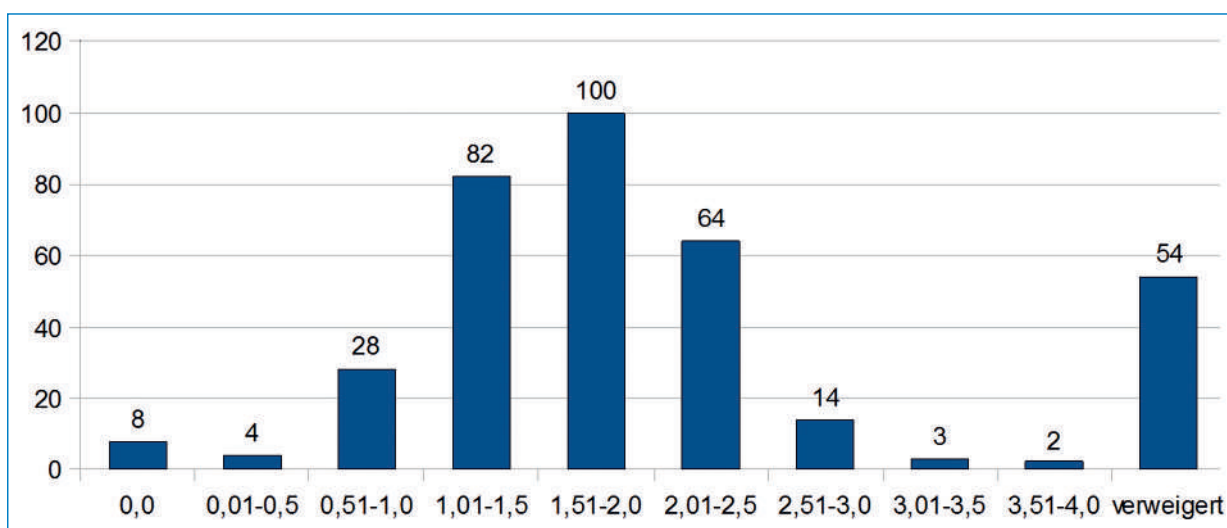


Abbildung 1

Atem-Alkoholgehalt in Promille (n = 359).

schnittlich 2,3 Medikamente pro Person). Insgesamt wurden 202 verschiedene Medikamente als Dauermedikation dokumentiert. 175 Verhaftete gaben an, Methadon entweder von einer Abgabestelle eines Substitutionsprogramms oder von der Gasse zu beziehen. Methadon ist das von Inhaftierten am häufigsten gebrauchte Medikament. 62 Inhaftierte gaben Oxazepam (Seresta®) als Dauermedikation an, je 40 Midazolam (Dormicum®) und Quetiapin (Seroquel®). Auf Rang 4 folgte Diazepam (Valium®) mit 37 Angaben, Lorazepam (Temesta®) auf Rang 5 mit 30 Nennungen.

Insgesamt wurden 20 verschiedene Substanzgruppen dokumentiert. Zur Substanzgruppe der Benzodiazepine gehörten 219 der dokumentierten Medikamente (24%), zu den Opiaten (Methadon, Buprenorphin [Subutex®], Morphin [MST®] und andere) 196 (21%). Neuroleptika folgten mit 96 dokumentierten Medikamenten (10%), Antidepressiva mit 93 (10%) (Tab. 3 [↔](#)).

Abgegebene oder verordnete Medikamente

Insgesamt wurden 54 verschiedene neue Medikamente bei 286 inhaftierten Personen verordnet. Am häufigsten wurden Lorazepam (Temesta®) (84-mal, 21%) und Oxazepam (Seresta®) (80-mal, 20%) verordnet, gefolgt von Methadon (30-mal, 8%). Bier wurde in 50 Fällen (13%) verordnet. Aus der Substanzgruppe der Benzodiazepine stammten die meisten Medikamente (171 Verordnungen, 43%), Analgetika folgten mit 95 verordneten Medikamenten (24%) (Tab. 4 [↔](#)).

Durchgeführte Massnahmen

Es wurden 20 Messungen des Blutzuckers gemacht, bei fünf Patienten war eine Wundversorgung notwendig, Urin-Teststreifenuntersuchungen wurden in fünf Fällen durchgeführt, bei vier Patienten wurde ein EKG abgeleitet, ein Patient lehnte das EKG ab. Bei drei Inhaftierten wurde ein Schwangerschaftstest durchgeführt, zwei periphere Venenkatheter wurden eingelegt, ein Patient wurde einem ambulanten Röntgeninstitut zugewiesen.

Hafterstehungsfähigkeit

Von 1037 Patienten wurden 62 als nicht hafterstehungsfähig beurteilt (6%). Der Grund dafür waren bei 18 verhafteten Personen psychische Probleme; diese Personen wurden in eine psychiatrische Klinik eingewiesen (29%). 15 Patienten wurden wegen Alkohol (24%) und 14 Patienten wegen Intoxikation mit psychotropen Substanzen als nicht hafterstehungsfähig beurteilt (23%). 28 Patienten wurden in ein somatisches Spital eingewiesen (45%), 23 Patienten in eine psychiatrische Klinik (37%), davon 22 per fürsorgischen Freiheitsentzug (FFE). 11 Patienten wurden nach Hause entlassen (18%).

Diskussion

Vorgehen bei Alkoholmissbrauch

Im Umgang mit akuter Alkoholisierung und chronischem Alkoholmissbrauch richten wir uns nach folgenden Überlegungen: Der Alkoholrausch ist für den Arzt, der die HEF prüfen muss, unter Umständen heikel. Auch wenn das Ergebnis eines Atemluft-Tests vorliegt, kann anhand des vorliegenden Promillewerts nicht auf eine mögliche Vitalgefährdung geschlossen werden. Als letale Dosis wird häufig eine Blut-Alkohol-Konzentration von 3,76–4,7 Promille angegeben, wobei Fälle bekannt sind, wo bereits eine Konzentration von 2,4 Promille zum Tod geführt hat [1]. Umgekehrt wird in der Literatur ein Fall mit 14,1 Promille mit nur geringer Beeinträchtigung der Vigilanz beschrieben [2]. Zudem gibt es Unterschiede zwischen der gemessenen Atemluft-Konzentration (AAK) und der tatsächlichen Blut-Alkohol-Konzentration (BAK). Die in der Schweiz gebräuchlichen Geräte zur Messung der AAK rechnen den gemessenen Atemluft-Wert anhand des gesetzlich vorgegebenen Faktors 2 (Konversionsfaktor Q) in einen Blutalkohol-Wert um. Es ist jedoch bekannt, dass dieser Faktor Q je nach Zeitpunkt der Untersuchung (Resorption, Distribution, Elimina-

tion) zum Teil deutlich von 2 abweicht [3]. So werden falsch hohe oder falsch tiefe Werte gemessen.

Der Zeitpunkt der Inhaftierung ist ein wichtiger Faktor. Ab 75 Minuten nach Trinkende ist die Resorption von Alkohol in der Regel abgeschlossen [2], es muss im weiteren Verlauf nicht mehr mit einer Verschlechterung des Zustands gerechnet werden. Die Beurteilung dieses Zeitpunkts, zusammen mit der klinischen Untersuchung des Betrunkenen, kann dazu beitragen, eine mögliche gesundheitliche Gefährdung vorauszusehen und durch entsprechende Massnahmen zu verhindern. Wenn ein Betrunkener inhaftiert wird, vergeht bis zum Zeitpunkt

der ärztlichen Untersuchung durch notwendige vorgehende Massnahmen wie zum Beispiel den Transport auf den Polizeiposten oder die Leibesvisitation eine gewisse Zeit. In dieser Zeit ist der Betrunkene unter ständiger Beobachtung von Polizisten, somit wird eine dann eintretende Bewusstseinsstrübung sofort erkannt, und es können notwendige Massnahmen eingeleitet werden. Bis der Arzt zum Patienten vorgelassen wird, vergeht also meist genügend Zeit, bis der vorgängig getrunkene Alkohol vollständig resorbiert ist. Somit kann anhand des Zeitpunkts der Verhaftung und des momentanen Zustands des Patienten auf den zu erwartenden Verlauf geschlossen werden.

Beim chronischen Alkoholismus soll ein Entzug in jedem Fall vermieden werden, da dieser sich zu einem lebensbedrohlichen Zustand entwickeln kann. Patienten, die angeben, regelmässig grössere Mengen Alkohol zu konsumieren, werden mit Benzodiazepinen präventiv behandelt. In der Regel wird Oxazepam (Seresta®) verordnet, alternativ bei Leberinsuffizienz Lorazepam (Temesta®), das renal eliminiert wird. Je nach Schwere des Alkoholismus müssen hohe Dosen Benzodiazepine abgegeben werden. Bei Alkohol- und zusätzlicher Benzodiazepin-Abhängigkeit werden bei bestehenden Entzugserscheinungen bis zu 400 mg Oxazepam täglich verordnet. In Reserve kann auch Bier abgegeben werden, dies wird jedoch nur nach Ausschöpfung der Benzodiazepin-Reserve und bei Entzugserscheinungen ausgegeben. Bei Abgabe von Bier wird standardmässig ein Vitamin-B-Komplex verordnet, da dann von einem schweren Alkoholismus ausgegangen werden muss und somit die Gefahr einer Wernicke-Enzephalopathie besteht.

Vorgehen bei Polyintoxikation

Die Polyintoxikation mit verschiedenen, meist unbekannten psychotropen Substanzen ist schwierig zu beurteilen. Eine geringe, vom Patienten glaubwürdig angegebene Menge einer einzigen Droge stellt kein Problem dar, da der erfahrene Arzt die aktuelle und die zu erwartende Situation abschätzen kann. Bei Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten und eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeit ergeben sich zwangsläufig grössere Probleme. Bei unklaren Intoxikationen mit kritischen klinischen Zeichen wie Somnolenz, starkem Schwitzen oder ungewöhnlicher Agitation wird der Arzt eher zu einer Hospitalisation tendieren, da der weitere Verlauf nicht abgeschätzt werden kann. Da unter Drogen stehende Patienten häufig nicht kooperativ sind und keine Angaben über die Art und Dosis der konsumierten Substanzen machen, ist bei unklaren Intoxikationen die Untersuchung der Effekten des Patienten sehr wichtig. Oft können mitgeführte Utensilien Hinweise auf die Art der Droge geben.

Vorgehen bei Opiat-Abhängigkeit

Die Opiat-Abhängigkeit ist im Zusammenhang mit der Beurteilung der HEF häufig. Grundlagen der Opiat-Substitution sollten somit bekannt sein. Wir haben in Zusammenarbeit mit dem gefängnisärztlichen Dienst des provisorischen Polizeigefängnisses in Zürich folgende Richtlinien in Bezug auf Opiat-Abhängigkeit erarbeitet:

Tabelle 3

Von Verhafteten benötigte Medikamente (Substanzgruppen) (n = 925).

Benzodiazepine	219
Methadon	175
Neuroleptika	96
Antidepressiva	93
Antiallergika inkl. Antiasthmatica	38
Antihypertensiva/Kardiaka	37
Analgetika (nicht Opiate)	36
Antazida	35
HIV-Medikamente	35
Antidiabetika inkl. Insulin	29
Antiepileptika	22
Opiate	21
Antibiotika	17
Hormone/Vitamine	16
Ritalin	15
Andere	15
Blutverdünner	14
Cholesterinsenker	6
Hypnotika	6

Tabelle 4

Abgegebene Medikamente (Substanzgruppen) (n = 398).

Benzodiazepine	171
Analgetika	95
Bier	50
Methadon	35
Antazida	10
Opiate (ohne Methadon)	8
Antibiotika	6
Antiallergika, inkl. Antiasthmatica	5
Antihypertensiva/Kardiaka	5
Andere	4
Antidepressiva	3
Antipsychotika	3
Gastrokinetika	2
Antiepileptika	1

- In der Regel wird Methadon verordnet, in Ausnahmefällen, zum Beispiel bei einer Methadon-Unverträglichkeit, kann auch auf eine andere Substanz zurückgegriffen werden. Die Letaldosis von Methadon ohne Opiat-Toleranz liegt bei 1 mg pro kg Körpergewicht, der Plasmapeak wird nach 3–4 Stunden erreicht, die Halbwertszeit beträgt rund 24 Stunden.
- Grundsätzlich erhalten intoxikierte Patienten nichts, bis sie nüchtern sind.
- Falls ein Patient an einem Methadon-Substitutionsprogramm teilnimmt und die Dosis am Abgabeort (zum Beispiel beim Hausarzt) verifiziert werden kann, wird die Dosis beibehalten. Falls die Dosis nicht verifiziert werden kann, werden maximal 30 mg Methadon täglich verordnet. Als Reserve können einmalig zusätzlich 20 mg Methadon verordnet werden.
- Bei Häftlingen ohne Teilnahme an einem Substitutionsprogramm besteht eine restriktive Verschreibungspraxis. Ohne Entzugserscheinungen werden ausschliesslich Benzodiazepine in Reserve verordnet. Bei Entzugserscheinungen werden Benzodiazepine fix und maximal 30 mg Methadon in Reserve abgegeben.

Dokumentation

Die HEF wird auf einem Formular attestiert, und dieses wird der Polizei abgegeben. Dieses Formular dient primär den Mitarbeitern des Gefängnisses. Es soll neben den Personalien des Verhafteten, des Arztes und des zuständigen Polizisten vor allem einen Abschnitt für die Verordnung von Medikamenten inklusive Reservemedikation beinhalten. Es ist sinnvoll, den Gefängnismitarbeitern den Grund für das Aufgebot des Arztes mitzuteilen, und zwar mit gut verständlichen Begriffen (keine lateinischen Diagnosen). Eine Befund-Dokumentation auf dem

HEF-Formular ist nicht sinnvoll, sie wird weder benötigt, noch erhöht sie die Sicherheit.

Sicht der Polizei

Es existieren weder in der nationalen noch kantonalen Gesetzgebung klare Vorgaben über die Prüfung der HEF von inhaftierten Personen. Für die beteiligten Organe der Polizeibehörden ist dies eine schwierige Situation. Der Entscheid, einen Arzt beizuziehen oder nicht, liegt im Ermessen des Polizeibeamten. Es hängt somit oft von der Erfahrung und der Risikobereitschaft der Polizeibeamten ab, in welchen Situationen ein Arzt aufgebeten wird.

Auch in Deutschland wird bemängelt, dass nur ungenaue gesetzliche Grundlagen bestehen, die keine fundierten allgemeingültigen Regeln zulassen [4]. Im Jahr 2006 ist im Bundesland Sachsen-Anhalt eine neue Polizeigewahrsamsordnung erlassen worden, die auch die medizinischen Aspekte regeln soll. In dieser Verwaltungsvorschrift werden elf Symptome beziehungsweise Erkrankungen definiert, bei deren Vorliegen ein Arzt anzufordern ist. Da diese Vorgaben die Beamten vor die schwierige Aufgabe der Diagnostik dieser Erkrankungen stellt, zeigen sich jedoch grosse Unsicherheiten, und die Anzahl der als nicht hafterstehungsfähig beurteilten Patienten hat sich im Vergleich zu früher verdoppelt [5]. Eindeutige Gründe, weshalb ein Polizist in Zürich einen Arzt aufbieten wird, sind das offensichtliche Vorliegen einer Erkrankung oder Verletzung, die Notwendigkeit von Medikamenten oder der Wunsch des Inhaftierten. Das Erkennen von nicht offensichtlichen Erkrankungen oder Verletzungen stellt die Polizeibeamten vor eine

Beispiele für Nicht-Erteilung der Hafterstehungsfähigkeit

Fall 1: Hypoglykämie bei einem Diabetiker

Ein 74-jähriger Mann habe seine Frau tödlich angegriffen und auch die Beamten vor Ort verbal aggressiv und ebenfalls tödlich angegangen. Der Patient stehe gemäss Beamten wahrscheinlich unter Einfluss von Alkohol. Geplant sei eine Ausnüchterung und Befragung am Folgetag, es stelle sich nun die Frage nach der Hafterstehungsfähigkeit. Der Patient ist in der Zelle, wach, ansprechbar, sichtlich desorientiert und agitiert. Kein Foetor aethylicus. Blutdruck 140/90, Puls 80, regelmässig. Kardiopulmonale Auskultation unauffällig, normale Körpertemperatur, Blutzuckermessung: 1,6 mmol/l.

Gemäss kontaktierter Ehefrau sei der Patient Diabetiker und spritze sich ein lang- und kurzwirksames Insulin. Nach intravenöser Gabe von 30 ml Glucose 20% ist der Patient kurz danach wieder orientiert und nicht mehr aggressiv. Der Blutzucker steigt im Verlauf auf 3,5 mmol/l an, und der Patient verhält sich völlig adäquat. Der Patient trinkt auf der Polizeistation eine Cola und wird von den Beamten, da nun kein Haftgrund mehr besteht, nach Hause gebracht. Im Nachhinein hat sich herausgestellt, dass eine versehentlich doppelt injizierte Dosis Insulin zu dieser Hypoglykämie geführt hat.

Fall 2: Mischintoxikation oder Schädelhirntrauma?

Ein 32-jähriger Patient sei völlig betrunken auf dem Bahnhofsgelände aufgegriffen worden, er werde zur Ausnüchterung inhaftiert. Der eintreffende SOS-Arzt findet den Patienten in der Zelle liegend und somnolent vor. Der Patient hat einen kräftig palpablen Puls von 60. Die Pupillen sind weit, isokor, der Lichtreflex verlangsamt. Es finden sich eine Epistaxis und eine Quetsch-Riss-Wunde an der Oberlippe sowie eine Kontusionsmarke occipital. Frische Einstichstellen sind in der Ellenbeuge und am Handrücken rechts zu sehen. Die Blutzuckermessung ergibt 6,2 mmol/l. Der Patient ist bei Verdacht auf Mischintoxikation oder Schädelhirntrauma nicht hafterstehungsfähig und wird nach Anlegen einer Infusion mit NaCl mit der Sanität ins Spital verbracht.

schwierige Situation, in der auch aus Eigenschutz eher häufiger ein Arzt aufgeboten wird als wahrscheinlich tatsächlich nötig wäre. Insbesondere bei alkoholisierten Patienten erfolgt das Aufgebot aus ärztlicher Sicht zu häufig. Die fehlenden Vorgaben sind ein Grund, weshalb die Aufgebote häufig erfolgen und die Nicht-Erteilung der HEF eher selten vorkommt. Mit klaren Vorgaben, in welchen Situationen eine Beurteilung der HEF erforderlich ist und wann nicht, könnte die Zahl der Aufgebote reduziert werden. Dem ist entgegenzustellen, dass bei ausformulierten Vorgaben eine entsprechende Schulung der Polizeibeamten notwendig ist. Hier stellt sich die Frage, ob eine solche Schulung zweckmässig wäre oder ob so die Polizei in ein Gebiet eingearbeitet werden müsste, das auch mit ausführlicher Schulung nicht ohne Risiko bleibt. Für die Polizei ist es wahrscheinlich sinnvoller, medizinische Probleme zu delegieren und hierfür einen externen Experten beizuziehen. Somit sind die Aufgebote, auch wenn retrospektiv aus ärztlicher Sicht häufig eine ärztliche Untersuchung nicht notwendig gewesen wäre, für die Polizei dennoch eine Entlastung, und die Verantwortung kann abgegeben werden. Die Verordnung von Medikamenten kommt bei der Beurteilung der HEF sehr häufig vor. Inhaftierte, die regelmässig Medikamente einnehmen, benötigen meist nicht sofort einen Arzt. Ein Polizist kann jedoch nicht entscheiden, welches Medikament wann abgegeben werden muss und ob der Patient nicht doch sofort auf ein Medikament angewiesen ist. Das Verordnen von Medikamenten ist ein weiterer Grund, weshalb die Aufgebote häufig sind, die Nicht-Erteilung der HEF selten.

Konklusion

Die Prüfung der HEF ist für einen erfahrenen und klinisch versierten Arzt in der Regel problemlos durchführbar. Nur in sehr wenigen Fällen, die sich klinisch auch klar darstellen, ist eine weiterführende Behandlung in einem Spital oder einer Klinik notwendig. In unklaren Situationen wird zugunsten der Gesundheit entschieden und der Patient einer weiterführenden Diagnostik zugeführt.

Der Arzt sollte über die Abläufe bei einer Verhaftung und in Gefängnissen informiert sein und die Möglichkeiten der Betreuung kennen. Spezielle Kenntnisse über den Verlauf und eventuelle Komplikationen des Alkohol-

rauschs sowie einer Drogenintoxikation sind notwendig. Die verschiedenen Substitutionsbehandlungen für Opiat-Abhängige müssen bekannt sein.

Einer möglichen Erwartungshaltung seitens der Justizbehörden, einen verhafteten Patienten aufgrund seines begangenen Delikts unbedingt hafterstehungsfähig zu schreiben, sollte die ärztliche Sorgfaltspflicht entgegenstehen, welche die Gesundheit des Menschen als oberste Priorität anerkennt.

Ausgearbeitete Richtlinien zum Thema HEF könnten die Zahl der Aufgebote reduzieren. Diese Richtlinien müssten in Zusammenarbeit von ärztlichen Fachpersonen mit grosser Erfahrung in der Beurteilung der HEF und den involvierten Stellen der Polizei erarbeitet werden. Solche Richtlinien würden einerseits dem Schutz und der Gesundheit der festgenommenen Personen und andererseits der Entlastung der Polizei und der betroffenen Ärzte dienen.

Korrespondenz:

Dr. med. Jan Röhmer
 Ärztliche Leitung
 SOS-Ärzte, Institut für Notfallmedizin
 Weinbergstr. 68
 CH-8006 Zürich
[jan.roehmer\[at\]sos-aerzte.com](mailto:jan.roehmer[at]sos-aerzte.com)

Literatur

- 1 Sanap M, Chapman M.J: Severe ethanol poisoning: A case report and brief review. *Critical Care and Resuscitation*. 2003;5:106–8.
- 2 Jones AW, Jonsson KA, Neri A: Peak blood-ethanol concentration and the time of its occurrence after rapid drinking on an empty stomach. *J Forensic Sci*. 1991;36:376–85.
- 3 Ambrecht F-A: Über die Möglichkeiten der forensischen Rückrechnung anhand von Atemalkoholkonzentrationen im Vergleich zu Blutalkoholkonzentrationen – eine prospektiv vergleichende Untersuchung der Kinetiken von 100 Probanden (Dissertation).
- 4 Fischer L: Gewahrsamstauglichkeit und Unterbringung alkoholisierten Patienten. *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern*. 2005;6:197–200.
- 5 Heide S, Kleiber M, Wilhelms E, zur Nieden K, Stiller D: Änderungsbedarf bei neuer Polizeigewahrsamsordnung. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt*. 2007;18(3):16–8.

Weiterführende Literatur

- Hugentobler W: Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. *PrimaryCare*. 2006;6:493–7.
- Heide S, Stiller D, Kleiber M, Henn V: Ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit. *Dtsch Med Wochenschr*. 2005;130:1648–52.
- Heide S, Kleiber M, Handke S, Stiller D: Deaths in German police custody. *European Journal of Public Health*. 2009;19,6:597–601.
- Heide S, Stiller D, Henn V, Kleiber M: Attest mit Einschränkungen? – Erfahrungen aus der Praxis der Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung. *Rechtsmedizin*. 2004;13(4):237.